

聖マリアンナ医科大学病院
2025 年度採用初期臨床研修医 採用試験願書(3 次募集)

* 西暦で記入して下さい

西暦 年 月 日現在

写真貼付欄

男性:スーツ・ネクタイ着用
女性:スーツ又は襟・袖あり
の服装

3 ヶ月以内に撮影したもの

(3cm×4cm)

ふりがな 氏 名			
生 年 月 日	西暦	年	月 日 生 (満 歳)
現 住 所	〒 — 電話: () 携帯電話: ()		
連 絡 先 (現住所以外の緊急連絡先)	〒 — 電話: () 携帯電話: ()		
メールアドレス			
最 終 学 歴	大学 学部 西暦 年 月 (卒業見込 ・ 卒業)		
参加者枠	1	一般枠	* 1～4 のいずれかに○を付けて下さい。 * 特定の病院から奨学金を借りている方は 4 番に病院名を記載して下さい。
	2	地域枠() 都 ・ 道 ・ 府 ・ 県	
	3	地域枠() 市 ・ 町 ・ 村	
	4	地域枠() 病院貸与	
募集プログラム	聖マリアンナ医科大学病院臨床研修 基本プログラム		
受験に関する注意事項	* 聖マリアンナ医科大学病院の募集となります。横浜市西部病院、川崎市立多摩病院の募集の有無については、各病院にご確認ください。 * 面接方法について ・所在地が関東近郊(東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県)の方→ 会場にて面接 ・所在地が上記以外の方→ WEB にて面接 ・ 会場にて面接 (<u>いずれか希望する方法に○を付けて下さい</u>) ※所在地は、大学在学中の方は大学(医学部キャンパス)の所在地、既卒の方は現住所で判断します。		